

Adozione internazionale, trauma e dissociazione: lo Star Model e l'applicazione di tecniche terapeutiche in età evolutiva

Giulia Natalucci

¹Associazione SPC, Roma

Riassunto

Sebbene l'adozione internazionale, secondo le revisioni sistematiche e le meta-analisi, rappresenti un intervento di successo dal punto di vista della protezione dei bambini, spesso ciò avviene al costo di una lunga terapia. Molti dei bambini che hanno affrontato un'adozione internazionale possono presentare sintomatologie che spaziano tra i disturbi internalizzanti a quelli esternalizzanti, ma alla base di ciò è possibile che ci sia la presenza di traumi, soprattutto di tipo relazionale. Per tale motivo, all'interno di questo articolo ci si è concentrati sulla definizione di Disturbo da Trauma dello Sviluppo sviluppato da Van der Kolk per descrivere i problemi degli adottati internazionali e come, attraverso specifiche tecniche terapeutiche si possa agire su questi soggetti utilizzando lo Star Model sviluppato da Waters. In questo modello si combinano cinque teorie psicologiche ben note: attaccamento, neurobiologia, sviluppo, sistemi familiari e dissociazione; ad ognuna di queste teorie è possibile associare un metodo terapeutico specifico che può essere adattato a bambini adottati con specifiche sintomatologie dissociative.

Parole chiave: adozione internazionale, dissociazione, disturbo traumatico dello sviluppo, attaccamento

International Adoption, Trauma, and Dissociation: The Star Model and the Application of Therapeutic Techniques in Developmental Age

Summary

Even though international adoption, according to systematic reviews and meta-analyses, is considered a successful intervention in terms of protecting children, often this occurs at the cost of lengthy therapy. Many children who have undergone international adoption may exhibit symptoms ranging from internalizing to externalizing disorders, and underlying this, there may be the presence of relational traumas. For this reason, this article focuses on the definition of Developmental Trauma Disorder developed by Van der Kolk to describe the issues of internationally adopted children and how, through specific therapeutic techniques, one can address these individuals using the Star Model developed by Waters. In this model, five well-known psychological theories are combined: attachment, neurobiology, development, family systems, and dissociation; each of these theories can be associated with a specific therapeutic method that can be adapted to adopted children with specific dissociative symptoms.

Key-words: International Adoption, Dissociation, Developmental Trauma Disorder, Attachment

Introduzione

L'obiettivo principale dell'adozione internazionale è fornire una famiglia a bambini i cui genitori naturali non possono occuparsi di loro. L'adozione può essere vista come un intervento per promuovere uno sviluppo positivo dell'individuo e i bambini adottati mostrano successi e raggiungono traguardi importanti nella crescita fisica e nello sviluppo cognitivo e psicologico rispetto ai bambini che rimangono in condizioni svantaggiate. Tuttavia, molti adottati internazionali hanno sperimentato avversità all'inizio della loro vita, tra cui la separazione dalla madre naturale, diversi cambi di caregiver primario e la trascuratezza fisica e psicologica. Pertanto, questi bambini sono maggiormente esposti a fattori di rischio per lo sviluppo di problemi di salute mentale rispetto ai loro coetanei non adottati. La durata dell'esposizione al rischio è correlata ai problemi di salute mentale, poiché l'età più avanzata al momento dell'adozione è stata associata a un maggior numero di problemi rispetto alle adozioni in età più giovane. Infatti, gli adolescenti adottati hanno mostrato un'incidenza maggiore per quanto riguarda la manifestazione di problemi di salute mentale rispetto ai non adottati. Inoltre, un altro fattore che può incidere sullo sviluppo di problematiche psicologiche e identitarie di questi bambini è il fatto di essere di un'etnia o di una nazionalità diversa rispetto ai loro genitori adottivi, oltre a non avere alcun tipo di informazione sulle loro origini e famiglie di nascita (Lee RM 2003).

Salute mentale nei bambini adottati

La ricerca in ambito clinico si rapporta all'adozione internazionale con ambiguità. Da un lato, gli studi mostrano molti effetti positivi dell'adozione. C'è un massiccio recupero nella crescita, sia fisica che psicologica, tanto che gli adottati a tempo debito difficilmente differiscono nel funzionamento dai loro coetanei non adottati. Ciò continua anche in età adulta, dove gli adottati riportano un alto livello di soddisfazione per la loro vita attuale (Ter Meulen, Smeets, & Juffer, 2019). D'altra parte, ci sono molti articoli che mostrano un elevato numero di problemi psicologici e psichiatrici, alti tassi di rinvio e un ampio ricorso ai servizi di salute mentale per le persone adottate, lungo tutto l'arco della vita (Behle & Pinquart, 2016; Barroso et al., 2017). Tra le difficoltà maggiormente manifestate da questi soggetti, le ricerche menzionano ritardi nello sviluppo, ritardi nella crescita fisica, difficoltà di elaborazione sensoriale, problemi di interiorizzazione, esternalizzazione e attenzione (ad esempio ADHD), ritardi nelle abilità sociali,

(quasi) autismo, problemi di attaccamento, ritardi nel linguaggio e deficit di apprendimento (Fong, R., & McRoy, R. 2016).

Nella pratica clinica, i genitori adottivi riportano diverse problematiche legate ai comportamenti dei loro bambini soprattutto in termini di aggressività, impulsività, autolesionismo, ansia, comportamenti di controllo, furti o bugie o anche problemi legati al sonno e così via. Di conseguenza, un numero consistente di bambini adottati internazionalmente accede ai servizi socio-sanitari sia in infanzia che in adolescenza (Barroso et al., 2017, Behle and Pinquart, 2016; Dekker et al., 2017).

I ricercatori hanno cercato di spiegare questi dati con una combinazione di esperienze infantili traumatiche avverse, spesso interrelazionali, che hanno plasmato la vita e il cervello di questi bambini ancor prima dell'adozione. Esperienze come l'incoerenza dell'assistenza e del caregiving, lo stress materno, la malnutrizione, la violenza, l'abuso, l'incuria e il maltrattamento contribuiscono allo stress precoce, che inibisce lo sviluppo regolare e quindi tutto questo può essere considerato la causa dei problemi sociali, relazionali, cognitivi e comportamentali che spesso insorgono dopo l'adozione.

Behle e Pinquart (2016) hanno riscontrato una maggiore incidenza di disturbi come ADHD, disturbi d'ansia, della condotta, oppositivo provocatori, di personalità e psicosi, rispetto ai bambini non adottati. Sono anche presenti maggiori problematiche legate all'attaccamento, con una percentuale maggiore di attaccamento insicuro rispetto alle popolazioni normali (Van Den Dries et al., 2009)

Gindis (2019) riassume i problemi che incontrano i bambini adottati all'estero e post-istituzionalizzati come una triplice combinazione di problemi medici, sociali ed educativi e di salute mentale.

Trauma relazionale e adozione internazionale

Solo di recente si è passati ad un approccio ai problemi presentati dagli adottati internazionali più orientato e incentrato sul trauma (Gindis, 2019). In questo caso non parliamo squisitamente di un trauma che possa condurre ad un Disturbo Post Traumatico da Stress così come descritto nel DSM-5. Infatti, anche se quest'ultimo viene identificato e a volte è presente in questa categoria di bambini, i sintomi presentati difficilmente rispecchiano totalmente una classificazione PTSD. Inoltre, le informazioni precedenti all'adozione possono essere molto scarse o inesistenti, il che rende difficile la classificazione e il trattamento della sintomatologia traumatica in base alle definizioni del DSM-5. Prendiamo quindi in considerazione il trauma relazionale che si riferisce

all'esposizione cronica dei bambini piccoli a esperienze di maltrattamento e abbandono. Tale trauma si verifica generalmente all'interno della relazione genitore-figlio ripetutamente e per un lungo periodo di tempo. A causa dei propri problemi psichici o di mentalizzazione, i genitori possono non riconoscere e soddisfare costantemente i bisogni dei propri figli: possono essere presenti e di supporto a volte, ma possono essere altrettanto assenti e inadeguati in altri; possono anche trascurare il rapporto con i loro figli in un determinato momento ed essere eccessivamente invadenti in quello successivo (Terradas, Poulin-Latulippe, Paradis & Didier 2020). Di conseguenza, questi bambini crescono in un ambiente relazionale caotico e imprevedibile in cui i genitori rappresentano una fonte di stress e pericolo. Pertanto, nel contesto del trauma relazionale precoce, tali ambienti infantili sono immediatamente e permanentemente incapaci di soddisfare in modo sufficientemente adeguato e coerente i bisogni fisici e psichici dei bambini essenziali al loro sviluppo, mentre sono sottoposti a esperienze altamente traumatogene di stress estremo ripetuto (Cook et al 2005). I bambini così finiscono da soli con il loro disagio e non possono rivolgersi alla figura del genitore per un aiuto per autoregolarsi, dato che la figura del genitore è la causa stessa del disagio. Secondo Allen (2001), il trauma relazionale precoce rappresenta la forma più dannosa di trauma per i bambini perché mina completamente le funzioni primarie della relazione di attaccamento, ovvero fornire loro sicurezza e protezione. Poiché le loro capacità psichiche sono profondamente alterate dal trauma, questi bambini corrono il rischio costante di essere sopraffatti dal livello di tensione che genera l'interazione con gli altri e, quindi, di vivere altri traumi.

Secondo Tessier, Normandin, Ensink e Fonagy (2016), l'esposizione a traumi ripetuti genera nei bambini uno stato cronico di paura e ipervigilanza associato, tra l'altro, ad un elevato rilascio dell'ormone dello stress e all'ipertrofia dell'amigdala. Questo stato di sofferenza permanente può causare sintomi simili a quelli dello stress post-traumatico e della depressione maggiore, esiti comuni del trauma infantile. Questi cambiamenti fisiologici minano gravemente la capacità di autoregolazione nei bambini e rischiano di causare alterazioni comportamentali. Sono stati infatti riscontrati significativi problemi in termini di attenzione, ansia, aggressività e relazioni interpersonali nei bambini esposti a traumi relazionali precoci (Fernandez E 2008).

In sintesi, il trauma che si verifica all'interno della relazione genitore-figlio è particolarmente dannosa perché provoca grande angoscia nei bambini e, allo stesso tempo, danneggia lo sviluppo delle capacità mentali e interpersonali necessarie per regolare tale angoscia (Mahoney e Markel, 2016).

Il disturbo traumatico dello sviluppo

Il disturbo traumatico dello sviluppo (DTD) è stato proposto da Van der Kolk (2005) per aiutare i clinici a identificare i sintomi e i problemi che si verificano nei bambini e negli adolescenti in seguito all'esposizione a lungo termine a eventi avversi con una connotazione relazionale, come la violenza interpersonale o i ripetuti cambi di caregiver. Questa esposizione ha un impatto sullo sviluppo fisico e psicologico del bambino, portando a modelli disregolati nei domini: affettivo, fisiologico, attentivo, comportamentale, del sé e relazionale.

Il modello proposto da Van der Kolk (2005) riconosce che l'esposizione al trauma può provocare esiti negativi, ma che questi esiti saranno influenzati dalla qualità dell'attaccamento del bambino ai suoi caregiver. Pertanto, le relazioni di attaccamento positive possono mediare il grado in cui i giovani sono colpiti dalle esperienze traumatiche. Al contrario, l'assenza di legami sicuri può determinare esiti peggiori e si ipotizza che i traumi perpetrati da coloro che il bambino vede come caregiver amplificheranno ulteriormente questi esiti negativi. I bambini maltrattati dai loro caregiver primari spesso non sono in grado di trovare una fonte di sicurezza alternativa che permetta loro di modulare i comportamenti e le emozioni: potrebbero finire per imparare che il mondo esterno è pericoloso e incapace di soddisfare i loro bisogni e che non sono in grado di regolare il proprio mondo interno (Rahim M. 2014)

Il Disturbo traumatico dello sviluppo è quindi una sindrome infantile formulata per integrare ed estendere la diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) con 15 sintomi di disregolazione emotiva/somatica, cognitiva/comportamentale e auto-relazionale (**Tabella 1**) (Ford et al., 2018). I criteri per una diagnosi di DTD includono sintomi simili a quelli che compongono la parte "disturbi dell'auto-organizzazione" dei criteri diagnostici del PTSD complesso (CPTSD) nell'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), ma con adattamenti coerenti con la psicologia dello sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza (ad esempio, valutando la confusione dei confini tra sé e l'altro e l'aggressività reattiva, le valutazioni negative di sé e il distacco relazionale). Sebbene il DTD sia stato proposto come diagnosi nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5), è stato rifiutato a causa della mancanza di prove empiriche. Tuttavia, in uno studio successivo sono state trovate prove coerenti con il legame ipotizzato tra i sintomi di DTD e l'esposizione passata a traumi da vittimizzazione e da attaccamento (Spinazzola et al., 2018).

Tabella 1. Criteri Diagnostici del Disturbo traumatico dello Sviluppo (adattato da Van der Kolk et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5).

| Criterio | Sottocriterio |
|--|---|
| Criterio A: Esposizione contemporanea nel corso della vita a entrambi i tipi di trauma dello sviluppo. | <ul style="list-style-type: none"> • A1: vittimizzazione interpersonale traumatica • A2: interruzione traumatica del legame di attaccamento con il/i caregiver primario/i, |
| Criterio B: Emozione o disregolazione somatica attuale (4 item; 3 richiesti per la DTD). | <ul style="list-style-type: none"> • B1: disregolazione emotiva • B2: disregolazione somatica • B3: impossibilità di accesso alle emozioni o alle sensazioni somatiche • B4: difficoltà di verbalizzare emozioni o sensazioni somatiche |
| Criterio C: Attuale disregolazione attentzionale o comportamentale (5 item; 2 richiesti per la DTD). | <ul style="list-style-type: none"> • C1: bias attentive verso o contro la minaccia • C2: Autoprotezione compromessa • C3: Autosuggestione maladattativa • C4: Autolesionismo non suicida • C5: Riduzione della capacità di iniziare o mantenere un comportamento orientato agli obiettivi. |
| Criterio D: Disregolazione relazionale autodisregolazione (6 item; 2 richiesti per la DTD) | <ul style="list-style-type: none"> • D1: Disprezzo di sé o visione di sé come irrimediabilmente danneggiato e difettoso • D2: Insicurezza e disorganizzazione dell'attaccamento • D3: Schemi relazionali basati sul tradimento • D4: Aggressività verbale o fisica reattiva • D5: Limiti psicologici compromessi • D6: Empatia interpersonale compromessa |

Trauma e dissociazione in età evolutiva

Il complesso fenomeno della dissociazione mentale nell'infanzia è descritto fin dall'antichità e da tutte le culture, e da più di un secolo è considerato una grave reazione mentale a stress psicologico o a traumi di diverso genere. È quindi una strategia di coping che si verifica quando il cervello compartimenta le esperienze traumatiche per impedire alle persone di provare troppo dolore, sia esso fisico, emotivo o entrambi. Quando si verifica la dissociazione, si sperimenta un distacco dalla realtà, come una distanza: *Una parte di te semplicemente non c'è al momento.*

Infatti, dissociazione significa separare, scollegare elementi che hanno qualcosa in comune. La dissociazione mentale si riferisce a disturbi della memoria, della coscienza, dell'identità e/o della percezione dell'ambiente, ma si manifesta anche con disturbi della sensazione, del movimento e di altre funzioni corporee (Spiegel et al 2011).

Purtroppo, nella psichiatria infantile e dell'adolescenza, l'inconsapevolezza, la diagnosi errata, il trattamento inappropriato o addirittura il non riconoscimento della sintomatologia dissociativa sono stati più la regola che l'eccezione. Per esempio, i piccoli pazienti con disturbi dissociativi che manifestano sintomi come sentire voci interne, possono essere interpretati come psicosi (schizofrenia); i sintomi di cambiamenti d'umore rapidamente alternati possono essere confusi con disturbi affettivi bipolari, cicli rapidi o disturbi di personalità emotivamente instabili; i sintomi di ansia travolgente possono essere confusi con disturbi d'ansia generalizzati; i sintomi di difficoltà cognitive e attentive possono essere confusi con i disturbi da deficit di attenzione e i deficit di elaborazione cognitiva; i sintomi di rabbia esplosiva o di negazione di comportamenti scorretti possono essere confusi con i disturbi della condotta; e i sintomi di dolore intrattabile e i disturbi somatoformi possono essere confusi con i disturbi fisici, il disturbo di somatizzazione o il disturbo ipocondriaco e quindi ricevere un trattamento sbagliato o improprio (Vinke 2020).

Nell'ultimo decennio, nuove ricerche hanno contribuito a una migliore comprensione, per quanto riguarda lo sviluppo di strumenti diagnostici affidabili o validi che consentano ora un'efficace identificazione precoce e un trattamento adeguato dei disturbi dissociativi, e a concettualizzare la dissociazione come una conseguenza evolutiva e neurobiologica di un grave trauma.

Infatti, il Trauma Model postula che la dissociazione sia uno stato o un tratto psicobiologico che funziona come una risposta protettiva a esperienze traumatiche o travolgenti (Dalenberg et al 2012). La dissociazione è più comunemente concepita come un continuum dal normale al patologico. Numerose evidenze supportano la concettualizzazione della dissociazione come l'equivalente umano dell'animale "congelamento" o "morte simulata", risposta protettiva di fronte a un pericolo mortale, dove la lotta/fuga è fallita o sarebbe più pericolosa. I cambiamenti autonomici possono includere una diminuzione o nessuna variazione della pressione sanguigna, variabilità della frequenza cardiaca, conduttanza cutanea ridotta e diminuzione del tono muscolare scheletrico. La teoria polivagale di Stephen Porges (2001) postula che, poiché le risposte allo stress simpatico di combattimento-fuga falliscono, ne risulta il dominio del primitivo sistema parasimpatico vagale, che porta alla risposta di congelamento. Ciò può comportare uno stato di spegnimento caratterizzato da trance, aumento della soglia del dolore e stupore, anche ad una risposta di tipo catatonico.

In studi retrospettivi, prospettici, internazionali e interculturali di popolazioni traumatizzate, inclusi bambini, adolescenti e adulti, una maggiore gravità e cronicità del trauma è generalmente associata a un aumento dei sintomi dissociativi e a una diagnosi di disturbo dissociativo (DD). Gli studi hanno incluso vittime di maltrattamento e/o abbandono infantili, violenze sessuali, esperienze di prigionieri di guerra, torture, tratta, genocidi, incidenti e disastri. Questi studi dimostrano che i traumi precoci e cumulativi, così come la patologia dell'attaccamento nella prima infanzia, in particolare l'attaccamento disorganizzato (tipo D), predicono fortemente lo sviluppo di dissociazione nella vita successiva e/o lo sviluppo di un DD. Quindi, traumi precoci continuativi, disturbi dell'attaccamento e mancanza di supporto dopo il trauma impediscono il normale sviluppo della continuità del senso di sé del bambino piccolo attraverso stati e contesti. Questo produce molteplici sensi di sé, spesso in conflitto tra loro, che si differenziano nel tempo. Per questo il disturbo dissociativo è più simile a un puzzle psicologico mai assemblato che non a uno specchio in frantumi (Loewenstein 2018).

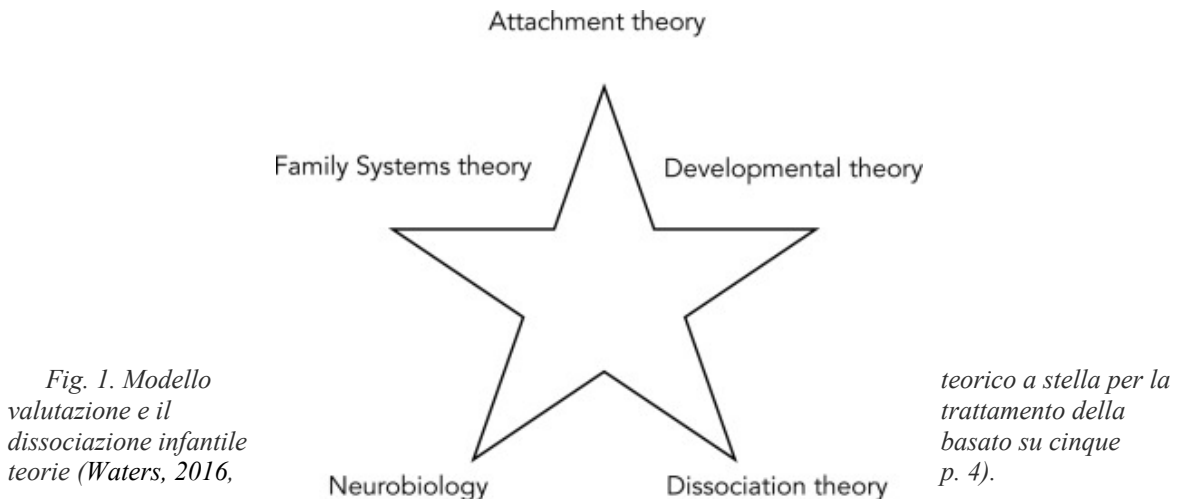
Il modello star

Per aiutare a valutare e trattare i bambini con sintomi dissociativi che derivano da traumi, soprattutto quelli relazionali, Waters (2016) introduce il modello Star, che è stato sviluppato per descrivere tutte quelle situazioni in cui i bambini sviluppano dissociazione cercando di fornire una guida sia per l'assessment sia per il trattamento. Questo non significa che tutti i bambini traumatizzati utilizzino la dissociazione come strategia di coping o sviluppino un disturbo dissociativo, ma nel momento in cui ci dovessero essere questi sintomi, non possiamo trattarli come con gli adulti e quindi questo modello potrebbe essere utile nella pratica clinica e nel trattamento.

La forma a stella rappresenta i bambini esposti al trauma e in questo modello si combinano cinque teorie psicologiche ben note: attaccamento, neurobiologia, sviluppo, sistemi familiari e dissociazione. La teoria dell'attaccamento è stata intenzionalmente collocata in cima alla stella per indicare il ruolo fondamentale che l'attaccamento genitore-bambino svolge sia nel contribuire allo sviluppo di meccanismi di coping dissociativi, quando il trauma avviene all'interno di questa relazione, sia l'importanza che ha nel processo di guarigione del bambino stesso.

Questo è quindi un modello comprensivo che analizza ognuna di queste teorie in base anche alle loro interrelazioni per capire come nasce e come si forma la dissociazione e come

concettualizzare un trattamento adeguato per i bambini e può essere applicato anche ai bambini adottati a livello internazionale che hanno subito sia traumi relazionali.



Teoria dell'attaccamento

Bowlby (1982) definisce l'attaccamento come una connessione psicologica duratura tra due esseri umani e definisce un comportamento di attaccamento come una pulsione istintiva del bambino che lo connette al genitore per poter sopravvivere e serve per mantenere prossimità, soprattutto nei momenti in cui la sicurezza e la vicinanza sono necessarie per affrontare le sfide. La figura di riferimento, quindi, dovrebbe essere quella disponibile, responsiva e che dà sicurezza. La mancanza o l'assenza di un legame di attaccamento può avere un impatto molto significativo sullo sviluppo della personalità del bambino, causano problematiche future.

Nel primo volume della sua trilogia sull'attaccamento, Bowlby (1979; 1982) ha descritto tre fasi nel processo di attaccamento ai propri caregiver. La prima fase, chiamata "pre-attaccamento", si verifica durante le prime otto settimane di vita, quando i bambini orientano, segnalano e rispondono alle loro madri e ad altre persone più o meno allo stesso modo, anche se sono in grado di discriminare i loro principali caregiver attraverso segnali olfattivi e tattile-cinestetici. Nella seconda fase di "attaccamento in formazione", i bambini avviano un repertorio in espansione di comportamenti di attaccamento ai loro caregiver, ma in genere rimangono socievoli con tutti, una fase che dura fino a quando un bambino ha tra i 6 ei 9 mesi. Nella terza fase di "attaccamento netto", i bambini sviluppano forti preferenze per i loro caregiver, organizzando il loro comportamento attorno a queste figure. Poiché questa fase richiede due abilità cognitive che si sviluppano alla fine del primo anno - la capacità di distinguere mezzi e fini e di rappresentare

mentalmente il caregiver quando è assente - il vero attaccamento non si verifica fino a un periodo compreso tra 7 e 12 mesi. Quasi tutti i bambini, tuttavia, hanno sviluppato un attaccamento entro il loro primo compleanno, purché abbiano ricevuto cure tipiche della nostra specie.

Sebbene questo quadro per comprendere lo sviluppo dell'attaccamento sia sufficiente quando i bambini iniziano ad attaccarsi alla nascita, offre poche indicazioni per i bambini adottati a livello internazionale per due motivi. In primo luogo, quasi tutti gli adottati internazionali iniziano il processo di attaccamento ai genitori adottivi in età avanzata. Ciò significa che gli adottati sono sulla buona strada - o hanno già raggiunto - le necessarie tappe di sviluppo prima che inizi il processo di attaccamento. In secondo luogo, tutti gli adottati hanno sperimentato una qualche forma di cura preadozione che può influenzare la rapidità con cui emerge un attaccamento dopo l'adozione.

Quindi, le persone adottate avrebbero bisogno di più tempo per notare la discrepanza tra la vecchia e la nuova situazione di accudimento, data la loro propensione a vedere il presente attraverso la lente del passato. Gli adottati avrebbero anche bisogno di tempo per sperimentare nuovi comportamenti di attaccamento, rivedendo e abbandonando i comportamenti iniziali che non funzionano bene, al fine di organizzare efficacemente il loro comportamento intorno a una nuova figura di attaccamento (Niemann & Weiss 2011). In altre parole, i bambini adottati potrebbero aver bisogno di più tempo per consolidare una nuova strategia di attaccamento che per svilupparne una per la prima volta. In secondo luogo, la qualità delle cure preadoptive potrebbe influenzare ulteriormente l'emergere dell'attaccamento: poiché i bambini nascono predisposti a riconoscere i loro caregiver e a sviluppare una relazione con loro, i bambini che ricevono un'accoglienza di bassa qualità "notano" questa mancanza e, a loro volta, iniziano a costruire difese contro i bisogni di attaccamento non soddisfatti.

Alcuni studi indicano come i bambini adottati a livello internazionale corrono il rischio di sviluppare un attaccamento insicuro e disorganizzato quando vengono collocati in età avanzata e/o hanno subito privazioni (O'Connor et al 2013; Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn 2005), mentre non sembrerebbero esserci differenze con il campione di soggetti non adottati quando questo non avviene.

L'attaccamento disorganizzato è caratterizzato dall'assenza o dalla rottura di una strategia di attaccamento e nella prima infanzia e predice disregolazione emotiva, problemi di esternalizzazione, funzionamento cognitivo inferiore e comportamento dissociativo nell'adolescenza. Per esempio, la natura spaventosa della grave insensibilità e della persistente

mancanza di risposta ai bisogni primari dei bambini negli orfanotrofi può innescare un attaccamento disorganizzato.

Liotti (1992) ha avanzato l'ipotesi che l'attaccamento precocemente disorganizzato sia il primo passo di molti percorsi di sviluppo che (a condizione che includano esperienze traumatiche durante l'infanzia e l'adolescenza) portano progressivamente a una maggiore vulnerabilità ai disturbi dissociativi e alle reazioni dissociative ai traumi successivi. Le prove a sostegno di questa ipotesi sono state fornite da diversi studi longitudinali sulla sintomatologia dissociativa in campioni clinici e non.

Teoria della dissociazione e neurobiologia

Waters (2016) definisce la dissociazione come una botola segreta che permette al bambino che non può scappare fisicamente da un'esperienza terribile, di scappare invece mentalmente. È però un meccanismo biologico e istintivo che coinvolge immobilizzazione e freezing che si attiva quando l'evento spaventato è così intenso, e la paura è così travolgente, che il bambino sente la morte come imminente. Allora il bambino si separa da questa esperienza, è come se “non è capitato a me” “non è mai successo” o “non mi può dare fastidio”. In ogni caso, la dissociazione è adattiva nel momento del trauma ma dopo potrebbe interferire con le capacità e le abilità del bambino di muoversi e agire nel mondo in modo funzionale.

Nei bambini adottati a livello internazionale, oltre alle esperienze negative negli orfanotrofi o nei contatti istituzionalizzati, ci possono essere esperienze altrettanto negative e traumatizzanti, ad esempio, nella transizione verso una nuova casa, una nuova cultura, una nuova lingua e nuove relazioni che potrebbero portare a paura, insicurezza, sfiducia e depressione. La letteratura sottolinea gli ampi segnali emotivi e comportamentali di una sfiducia pervasiva, di attaccamenti ansiosi o evitanti e di opportunismo relazionale, sviluppati nel contesto della convinzione del bambino di un abbandono inevitabile. Tutto questo può portare ad una rottura e frammentarietà del Sé, con conseguenti episodi dissociativi (Saakvitne 2000).

Inoltre, a livello neurobiologico, numerosi studi hanno riconosciuto l'impatto che ha uno stress cronico sulla memoria e sulle strutture cerebrali come l'ippocampo, l'amigdala, la corteccia prefrontale e il corpo calloso. Lo stress può inoltre portare ad una deattivazione di determinate strutture cerebrali che decodificano e consolidano le memorie all'interno di un sistema di memoria cosciente che spiegano i problemi di memoria e le risposte dissociative. Inoltre, uno studio di Jovasevic et al (2015) ha confermato la presenza di un pathway neurobiologico per memorie automatiche inaccessibili: questo potrebbe essere dovuto ad un processo chiamato “apprendimento

stato-dipendente”: quando il cervello crea ricordi in un certo stato d'animo o in un certo stato, in particolare in caso di stress o trauma, tali ricordi diventano inaccessibili in uno stato di coscienza normale. I ricordi soppressi possono quindi essere recuperati al meglio quando il cervello torna in quello stato. Quindi le memorie dell'evento traumatico non possono essere accessibili finché non si attiva lo stesso identico pathway. Questi dati sono estremamente utili e da tenere a mente nel momento in cui si ipotizza un trattamento terapeutico.

Teoria dello sviluppo di Erikson

Le fasi dello sviluppo psicosociale di Erikson sono una teoria introdotta negli anni Cinquanta dallo psicologo e psicoanalista Erik Erikson (1993). Essa si basa sulla teoria dello sviluppo psicosessuale di Freud, tracciando paralleli con le fasi dell'infanzia e ampliandola per includere l'influenza delle dinamiche sociali e l'estensione dello sviluppo psicosociale all'età adulta. Essa prevede otto fasi sequenziali dello sviluppo umano individuale, influenzate da fattori biologici, psicologici e sociali lungo tutto l'arco della vita. Questo approccio bio-psicosociale ha influenzato diversi campi di studio, tra cui la gerontologia, lo sviluppo della personalità, la formazione dell'identità, lo sviluppo del ciclo di vita e altro ancora.

Le fasi compaiono quando gli individui crescono e affrontano nuovi eventi e svolte durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta. Ogni fase è definita da due tendenze psicologiche opposte: una positiva/sintattica e una negativa/distonica. Da queste si sviluppa, rispettivamente, una virtù/forza dell'Io o un suo sviluppo maladattivo. La virtù può aiutare a risolvere il conflitto in corso e aiuterà le fasi successive dello sviluppo a creare una base stabile per i sistemi di credenze fondamentali nel rapporto con il sé e con il mondo esterno. Il contrario accadrà se si stabilizzerà la qualità maladattiva. Sebbene esista una sequenza fissa, la risoluzione può essere un processo che dura tutta la vita, riattivato in vari momenti a seconda degli eventi della vita che influenzano la forza dell'Io o il modello di credenze mal sviluppate. La risoluzione non è necessaria per passare alla fase successiva. Inoltre, con il passaggio a un nuovo stadio, gli stadi precedenti vengono messi in discussione e devono essere reintegrati. Per questo motivo la sua teoria viene talvolta definita "principio epigenetico".

Gli otto stadi psicosociali di Erikson sono: (1) fiducia di base contro sfiducia di base nell'infanzia, (2) autonomia contro vergogna e dubbio nella prima infanzia, (3) iniziativa contro senso di colpa nella prima infanzia, (4) industriosità contro inferiorità nella preadolescenza e nella tarda infanzia, (5) identità contro confusione di ruoli/identità nell'adolescenza, (6) intimità e solidarietà contro isolamento nella giovane età adulta, (7) generatività contro stagnazione

nell'età adulta e (8) integrità contro disperazione nella vecchiaia. Queste fasi sono particolarmente utili per comprendere le enormi sfide che i bambini traumatizzati devono affrontare, poiché il trauma interrompe lo sviluppo del bambino, in particolare quando è subito per mano di un caregiver. La struttura di Erikson è complementare alla teoria dell'attaccamento di Bowlby e insieme costituiscono l'essenza dell'approccio dello star model al trattamento dei bambini con sintomi dissociativi.

Teoria del sistema familiare

È stato da tempo stabilito che le interazioni familiari svolgono un ruolo significativo nella patologia dei bambini. Il modello di terapia familiare di Satir si adatta bene ai modelli di Bowlby e di Erikson, in quanto ciascuno di essi riconosce che i bambini non dovrebbero essere definiti dai loro sintomi (Satir 1988). Satir vede il paziente come portatore delle distorsioni, del dolore, del disagio e dell'ostruzione alla crescita che si trovano all'interno del sistema familiare, sostenendo che la famiglia deve essere trattata come un'unità quando un bambino si presenta come paziente. Di conseguenza, per comprendere i sintomi del bambino, tutti i membri della famiglia devono partecipare alle sedute di terapia familiare, poiché un sintomo in qualsiasi membro della famiglia è un segno di un sistema familiare disfunzionale. Il compito del terapeuta è quello di comprendere le regole familiari che governano il comportamento di ciascuno e ciò richiede un ambiente sicuro per esplorare le regole familiari, le paure dei membri della famiglia e i comportamenti limitanti.

Quando lavoriamo con le famiglie, dobbiamo riconoscere che stiamo lavorando con tre generazioni: la storia dei genitori, la famiglia attuale e la futura famiglia che i figli creeranno quando saranno adulti. Può essere molto utile esaminare la cronologia della famiglia (paragonabile a una storia psicosociale degli individui) e creare un genogramma con annotazioni sulle storie intergenerazionali di traumi, malattie mentali, abuso di sostanze, problemi legali e così via. È anche importante esplorare con ciascun genitore quali modelli porta con sé nell'attuale struttura familiare, in modo da poter aiutare i genitori a prendere coscienza dei modelli ripetitivi che possono ostacolare la crescita. Con i bambini adottati, spesso dobbiamo ipotizzare quali sono le regole che hanno imparato dalle loro famiglie biologiche (ed eventualmente adottive). Discutere apertamente con i bambini su ciò che hanno imparato può aiutare a promuovere modelli di comunicazione più sani. Il ruolo del terapeuta è quello di aiutare i membri della famiglia a comunicare chiaramente i loro bisogni, desideri e aspettative, stando attenti ai messaggi contraddittori.

Applicazione dello Star Model e delle tecniche psicoterapeutiche in bambini adottati con trauma e sintomi dissociativi

Quando si inizia una terapia con bambini adottati che potrebbero essere in qualche modo diagnosticati come DTD, il primo passo è costruire una buona relazione terapeutica. In questa relazione, è funzionale essere prevedibile, in sintonia e disponibile sia per il genitore che per il bambino: imitare i processi di co-regolazione che sono fondamentali per le capacità di autoregolazione successivamente nella vita del soggetto (Baylin & Hughes, 2016). La terapia può fare progressi solo quando il bambino, il genitore e il terapeuta si trovano in uno stato di calma-attività-allerta, regolati in modo da rientrare nella finestra di tolleranza, lavorando ai margini: sicuri ma non troppo, in modo da poter effettivamente aiutare questi pazienti a riorganizzare le loro esperienze e a cambiare gli schemi che li hanno aiutati a sopravvivere ma che non sono più funzionali al momento attuale, anzi possono essere fastidiosi, creare sofferenza e una mancanza di adattamento all'ambiente e alle relazioni. (Ogden & Fisher, 2015, Porges & Dana, 2018).

Se la terapia si concentra sull'aiutare il bambino a comprendere, accettare e trattare le parti dissociate con pari importanza e rispetto, l'integrazione della personalità sarà una parte naturale e accettata del trattamento. Sono state riportate fusioni spontanee in molti bambini dissociati, ma in alcuni casi vengono utilizzate tecniche più formalizzate. Le tecniche che favoriscono l'integrazione nei bambini dovrebbero includere una varietà di modalità sensoriali e utilizzare metafore concrete che illustrino il concetto di unificazione attraverso il gioco creativo terapeutico o altre attività orientate al bambino. In qualsiasi tecnica che promuova l'integrazione, è importante sottolineare al bambino ciò che si guadagnerà con l'unificazione, piuttosto che ciò che si perderà.

La resistenza all'unificazione può implicare che il materiale traumatico debba ancora essere elaborato e/o che un alter ego nascosto debba emergere per affrontare il trauma. Ci possono essere interruzioni nell'ambiente del bambino che interferiscono con la progressione verso l'integrazione e il mantenimento dell'unificazione. Esplorare con il bambino e i caregiver ciò che può ostacolare l'unificazione finale è un compito terapeutico importante per trattare con successo il bambino dissociato. Il coinvolgimento continuo dei genitori in tutte le fasi del trattamento facilita la risoluzione dei problemi di attaccamento e consolida il processo di integrazione. La terapia post-unificazione finalizza il trattamento del bambino al completamento del lavoro di elaborazione del lutto relativo ai problemi di attaccamento con i caregiver primari che non hanno

saputo offrirgli le cure necessarie, imparando a fidarsi nuovamente delle figure genitoriali e sviluppando nuove abilità di coping più funzionali (Waters & Silberg 1998).

Non esiste una terapia "unica" per i problemi presentati dai bambini adottati ma è possibile utilizzare e adattare lo StarModel, se elaborato con le modalità di trattamento proposte, che offrirebbe un buon modo di considerare sia la valutazione che il trattamento dei sintomi legati al trauma, come la dissociazione.

Unendo la terapia del gioco, l'EMDR, il Neurofeedback, la psicoterapia sensomotoria e la psicoterapia diadica dello con lo StarModel, emerge la seguente figura (Fig. 2).

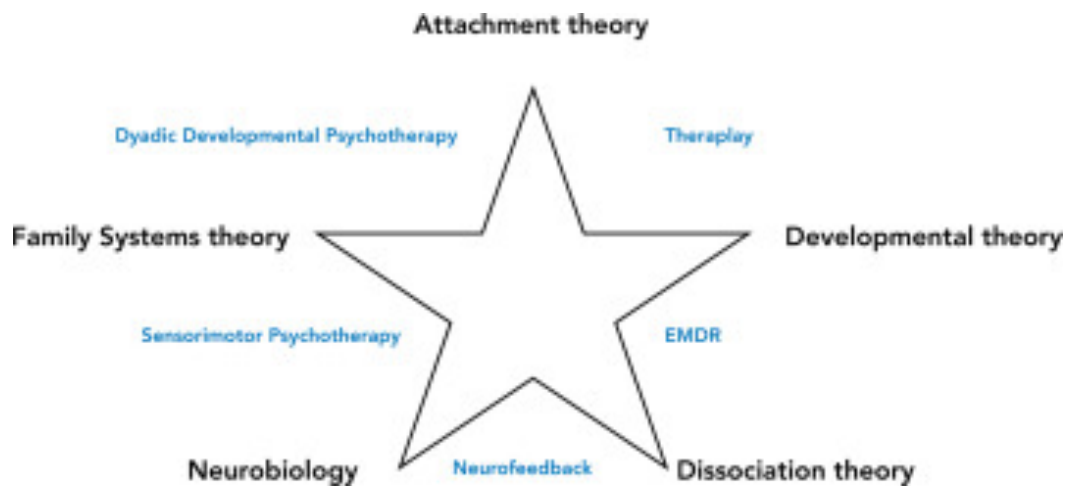


Fig.2 Modello teorico a stella che incorpora le modalità terapeutiche. (Adattato da Vinke 2020)

Theraplay

La Theraplay è un intervento per bambini e genitori che mira a migliorare l'attaccamento utilizzando attività ludiche basate su quattro dimensioni: struttura, impegno, nutrimento e sfida; li aiuta a connettersi in modo giocoso e a costruire una relazione. (Booth & Jernberg, 2009).

Durante il trattamento, l'operatore Theraplay guida il genitore e il bambino attraverso giochi divertenti, attività stimolanti per lo sviluppo e nutrienti a livello relazionale. L'atto stesso di impegnarsi reciprocamente in questo modo aiuta da una parte il genitore a regolare il comportamento del bambino e a comunicargli amore, gioia e sicurezza, dall'altra aiuta il bambino a sentirsi sicuro, accudito, connesso e degno. Queste attività, quindi, coadiuvano alla costruzione della sintonia e della comprensione reciproca, replicando le prime esperienze relazionali che, come è dimostrato, portano a un attaccamento sicuro. Con il supporto dell'operatore Theraplay, i genitori imparano a giocare con il loro bambino in modo da stabilire una sensazione di sicurezza, aumentare

il coinvolgimento sociale, espandere la regolazione dell'eccitazione e sostenere lo sviluppo di un'autostima positiva sia per il bambino che per il genitore.

Le interazioni sono personali, fisiche e divertenti: un modo naturale per tutti di sperimentare il potere curativo dello stare insieme e si concentrano su quattro qualità essenziali che si trovano nelle relazioni sane tra genitori e figli:

- 1) Struttura: L'adulto, leader della relazione, crea un ambiente organizzato e prevedibile per il bambino, comunicando sicurezza.
- 2) Cura: L'adulto fornisce cure che possono calmare e tranquillizzare il bambino in modo da farlo sentire bene fisicamente ed emotivamente.
- 3) Coinvolgimento: L'adulto è presente in modo tale che il bambino sperimenti di essere visto, ascoltato, sentito e accettato.
- 4) Sfida: l'adulto sostiene il bambino nell'acquisizione e nella padronanza di nuove abilità, rafforzando il suo senso di competenza e di fiducia.

Psicoterapia diadica dello sviluppo

La psicoterapia diadica dello sviluppo è un intervento genitore-bambino concepito appositamente per il trattamento di famiglie con bambini adottati o affidati, che soffrono di un trauma dello sviluppo. Le basi di questa terapia risiedono nella teoria dell'attaccamento, nella neurobiologia del trauma, nello sviluppo del bambino, nel caregiving, nell'attaccamento e nell'intersoggettività.

La psicoterapia diadica dello sviluppo prevede che il bambino e i genitori lavorino insieme al terapeuta. Il bambino acquisisce un'esperienza relazionale che lo aiuta a crescere e a guarire emotivamente. I membri della famiglia sviluppano modelli sani di relazione e comunicazione. Questo porta a ridurre i sentimenti di paura, vergogna o bisogno di controllo all'interno della famiglia. I membri della famiglia si aprono alla vita interiore dell'altro e al suo comportamento esteriore. Il bambino viene aiutato a rispondere alle esperienze attuali e ai ricordi delle esperienze passate in modo flessibile invece che con risposte rigide e ripetitive.

Il terapeuta e i genitori utilizzano i principi PACE nell'interazione con i bambini: gioco, accettazione, curiosità ed empatia, aiutandoli così a sviluppare fiducia e a dare un nuovo significato alle loro storie di vita. PACE è un modo di pensare, sentire, comunicare e comportarsi che mira a far sentire il bambino al sicuro. Si basa sul modo in cui i genitori si relazionano con i loro bambini molto piccoli.

Il processo terapeutico si divide in 10 fasi (Casswell et al 2014):

1) Il terapeuta inizierà a lavorare con i genitori. 2) Il terapeuta preparerà poi attivamente i genitori al loro ruolo nel processo terapeutico. Una parte importante di questo processo consiste nel conoscere i genitori, creando fiducia e rispetto da entrambe le parti. 3) Il terapeuta aiuta i genitori a esplorare l'impatto su se stessi dell'essere genitori di questo bambino. 4) Il terapeuta aiuterà poi i genitori a capire il processo terapeutico e quale sarà il loro ruolo nelle sedute quando il bambino si unirà a loro. 5) Quando il terapeuta ritiene che i genitori siano pronti, il bambino si unisce alle sedute. 6) Quando il bambino è presente, il terapeuta interagisce con lui in modo da aiutarlo a comprenderlo meglio e lo aiuta a rimanere emotivamente regolato (co-regolazione e co-costruzione). 7) Il terapeuta aiuterà il bambino a parlare con i genitori. 8) Il terapeuta decide di cosa parlare perché il bambino suggerisce qualcosa, come ad esempio un tema per lui importante. 9) Nelle sedute successive si esplora l'esperienza raccontata. 10) La terapia terminerà quando: -Il terapeuta e i genitori ritengono che il bambino stia sviluppando una certa sicurezza di attaccamento all'interno della famiglia. - I membri della famiglia possono continuare il processo di disponibilità emotiva e di connessione intersoggettiva senza l'aiuto del terapeuta.

Psicoterapia sensomotoria

La psicoterapia sensomotoria (PS) è una terapia corporea che viene utilizzata sia per il trattamento dei traumi che per i problemi di attaccamento. Si tratta di un approccio dal basso verso l'alto, il che significa che il punto di partenza è il corpo. Ogden e Minton (2000) affermano che: "La psicoterapia sensomotoria tratta direttamente gli effetti del trauma sul corpo, che a sua volta facilita l'elaborazione emotiva e cognitiva". Quindi, nella psicoterapia sensomotoria, l'attenzione della terapia non è solo sulla narrativa verbale, ma anche sugli elementi costitutivi del momento presente che chiariscono gli effetti impliciti del trauma e del fallimento dell'attaccamento, nonché quelli che riflettono risorse di autoregolazione, affetto positivo, competenza e padronanza. Insieme, terapeuta e bambino o adolescente diventano consapevoli degli elementi costitutivi, identificandoli in modo collaborativo (Ogden, Goldstein e Fisher, 2012).

Dato che i bambini piccoli hanno capacità verbali e cognitive più limitate rispetto agli adulti, un approccio che sfrutti la comunicazione e l'apprendimento non verbale è particolarmente utile e appropriato. Il corpo di ogni bambino è diverso e l'intervento e l'attività giusti per ogni bambino si scoprono attraverso il suo sentire e la sua esperienza. Impegnarsi in nuove attività, posture, movimenti e azioni può facilitare la codifica di nuovi circuiti neurali. Nel contesto di un approccio al trattamento dal basso verso l'alto, possiamo aiutare i bambini a ristabilire la sintonia somatica perduta o non disponibile, a riattivare e completare le risposte tronche o disregolate e a coltivare la

soddisfazione fisica ed emotiva del successo e della competenza come antidoto alle esperienze precoci di paura e umiliazione. Man mano che l'organizzazione del corpo cambia in termini di movimento, postura, livello di eccitazione e capacità di elaborazione sensoriale, emerge un senso di sé diverso e più positivo, sostenuto da questi cambiamenti fisici. Il corpo del bambino diventa il suo alleato piuttosto che un nemico il cui arousal disregolato, le difficoltà di elaborazione sensoriale e le sequenze di azioni procedurali disadattive causano disagio sociale ed emotivo e impediscono relazioni nutrienti (Ogden, Goldstein e Fisher, 2012).

L'introduzione della consapevolezza ai nostri pazienti più giovani è facilitata utilizzando la loro curiosità. Il terapeuta aiuta i bambini a coltivare atteggiamenti di curiosità e sviluppare "l'abilità di vedere il mondo interno, e... modellarlo verso un funzionamento integrativo" (Siegel, 2010)

Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)

L'EMDR, (Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), è una terapia del trauma ben studiata e basata su prove di efficacia, che si concentra su un evento traumatico. Con l'EMDR, il ricordo traumatico viene desensibilizzato attraverso una breve esposizione immaginale a questo ricordo e la successiva offerta di stimoli bilaterali. Questa operazione viene ripetuta fino a quando il livello di disturbo che la accompagna è scomparso e le cognizioni disfunzionali sul trauma sono diventate funzionali (Shapiro, 2007).

Di seguito è riportato il protocollo EMDR adattato all'età evolutiva (Ahmad &, Sundelin-Wahlsten 2008):

| Emdr adulti | Emdr bambini |
|--|---|
| 1. La prima seduta inizia informando il paziente sulla procedura di trattamento, sulla tecnica utilizzata e sui possibili benefici ed effetti collaterali. | 1. Se il bambino lo richiede, l'assistente può partecipare, ma senza commentare la seduta. Al bambino viene chiesto di confermare di aver compreso le informazioni fornite dal terapeuta. |
| 2. Si utilizza una tecnica di rilassamento per aiutare il paziente a rilassarsi. | 2. La tecnica di rilassamento viene adattata all'età del bambino e alle circostanze circostanti durante la seduta. |
| 3. Al paziente viene chiesto di raccontare il ricordo più piacevole. Questo è considerato un "luogo sicuro". | 3. Il terapeuta assiste il bambino ponendo domande che lo inducono a descrivere nei dettagli il contenuto di un ricordo piacevole scelto. Questo è considerato un "luogo sicuro". |
| 4. Seguendo il dito del terapeuta che si muove orizzontalmente per 10-12 volte davanti agli occhi del paziente, gli viene chiesto di | 4. Si chiede al bambino se riesce a pensare al ricordo mentre segue le dita con gli occhi. In caso contrario, i movimenti oculari vengono |

| | |
|--|---|
| continuare a pensare al "luogo sicuro". | sostituiti da battiture sulle mani o sulle cosce o da clic con le dita davanti alle orecchie del bambino. |
| 5. Al paziente viene chiesto di rievocare un ricordo terrificante che viene considerato come l'evento traumatico. | 5. Qualsiasi cosa il bambino riferisca deve essere registrata come un ricordo traumatico, anche se sembra banale per il terapeuta. |
| 6. Il paziente viene incoraggiato a scoprire l'emozione negativa più rilevante quando pensa all'evento traumatico e in quale parte del corpo la sente maggiormente. | 6. Chiedere al bambino cosa prova mentre racconta l'evento traumatico. In caso di difficoltà, al bambino vengono mostrate immagini di volti che esprimono varie emozioni, in modo da evidenziare il sentimento più rilevante. |
| 7. Per determinare la gravità dell'emozione negativa, si chiede al paziente di stimare le unità soggettive di angoscia (SUD) su una scala che va da "0" a "10", dove "0" significa "per niente" e "10" significa "sempre" o "molto". | 7. Si tenta prima di tutto di utilizzare la forma a scalare del SUD per gli adulti. Se il bambino non è in grado di registrare con i numeri, la scala deve essere adattata all'età del bambino indicando su una linea dal minimo al massimo. Per i bambini piccoli, potrebbe essere più adatta una scala di "per niente, poco, spesso, sempre". |
| 8. Al paziente vengono chiesti i pensieri legati al trauma. Questo viene considerato come "cognizione negativa". | 8. Le immagini del volto vengono utilizzate ogni volta che il bambino ha difficoltà a valutare i pensieri e le emozioni. |
| 9. Al paziente viene chiesto cosa vuole pensare al suo posto. Questa è chiamata "cognizione positiva". | 9. Ogni volta che il bambino mostra difficoltà nel trovare una cognizione alternativa, si chiede come potrebbe essere invece. |
| 10. La validità della cognizione positiva (VOC) viene stimata dal paziente determinando quanto sia vera tra "0" e "7", dove "0" significa "per niente" e "7" significa "sempre" o "molto". | 10. La stima del VOC deve essere prima tentata come per gli adulti. Se non si riesce, si devono applicare modifiche in base alla stima della SUD per i bambini, come descritto al punto 7. |
| 11. Al paziente viene chiesto di rievocare il ricordo traumatico insieme all'emozione negativa e alla cognizione negativa mentre segue il dito del terapeuta con gli stessi movimenti di prima. | 11. Il trattamento EMDR viene eseguito in modo simile a quello dell'installazione del "luogo sicuro", incoraggiando il bambino a continuare a pensare all'emozione negativa e alla cognizione negativa associate al ricordo traumatico. |
| 12. Dopo ogni 10-12 movimenti delle dita, si chiede al paziente di fare un respiro profondo, di pensare liberamente e di parlare di ciò che sta arrivando. | 12. Il rilassamento dopo ogni EMDR deve essere effettuato come descritto per il "luogo sicuro", lasciando che il bambino si associ liberamente raccontando ciò che vuole raccontare. |
| 13. La stessa procedura viene ripetuta fino a quando il paziente non riporta ulteriori | 13. L'elaborazione EMDR viene ripetuta fino a quando il bambino non ha più nulla da |

| commenti. | riferire |
|---|--|
| 14. A quel punto, vengono rivalutati sia il SUD che il VOC. | 14. Poi si rievoca il ricordo traumatico e si rivalutano il SUD e il VOC. |
| 15. La procedura viene ripetuta fino a quando il SUD diminuisce a "0" e il COV aumenta a "7". | 15. Si chiede al bambino di ripetere la procedura finché non si ottengono risultati soddisfacenti sul SUD e sul VOC. |
| 16. Prima di lasciare la sessione, il "posto sicuro" viene installato nuovamente come all'inizio. | 16. Il "posto sicuro" viene installato nuovamente come all'inizio della sessione. |

Neurofeedback

Il neurofeedback è un approccio terapeutico non invasivo che utilizza la tecnologia di neuroimmagine, come l'elettroencefalogramma (EEG) o la risonanza magnetica funzionale (fMRI), in tempo reale, per promuovere la regolazione della propria attività cerebrale. Durante una tipica sessione di neurofeedback EEG, vengono posizionati degli elettrodi sulla testa della persona, collegati a un monitor di computer con un software EEG installato. Viene selezionato un protocollo di allenamento, ovvero un tipo di trattamento che mira all'autoregolazione di specifiche ampiezze e/o frequenze dell'attività elettrofisiologica di un individuo in modo da contribuire a cambiamenti clinici benefici come la riduzione dell'ansia e dell'aggressività o il miglioramento della concentrazione e dell'attenzione (Fisher, 2014).

L'EEG interagisce con un software di neurofeedback per fornire all'individuo un feedback in tempo reale sullo stato della sua attività cerebrale attraverso stimoli audio e/o visivi. Questo tipo di intervento può portare a miglioramenti nella regolazione emotiva o nella capacità di un individuo di affrontare le emozioni difficili e di rispondere in modo appropriato alle situazioni che le scatenano. Mentre il neurofeedback ha dimostrato di essere un'efficace pratica evidence-based nel trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Evans, Owens, & Bunford, 2014), la sua efficacia nel trattamento di varie condizioni psichiatriche è attualmente oggetto di studio (Omejc et al 2019). Esistono diversi studi che valutano l'efficacia del neurofeedback come intervento nel trattamento del PTSD (Reiter, Andersen, & Carlsson, 2016), in particolare per i pazienti con sintomi cronici o intrattabili.

In un recente studio condotto da Rogel e collaboratori (2020) si è utilizzato il neurofeedback therapy (NFT) per il trattamento di bambini con storie di gravi abusi e/o negligenza. Ventiquattro sessioni di NFT hanno ridotto significativamente il numero di partecipanti che soddisfacevano i criteri per il PTSD, oltre che ridurre i sintomi comportamentali ed emotivi disfunzionali, misurati attraverso test standardizzati, e ha migliorato il funzionamento esecutivo

(BRIEF globale). La scarsa regolazione degli affetti, come la difficoltà a modulare le emozioni, i comportamenti dirompenti e il coinvolgimento interpersonale, è un problema pervasivo dopo un trauma interpersonale precoce. Questo studio suggerisce che l'NFT può migliorare significativamente la regolazione degli affetti, e che quindi può essere una tecnica utile e non invasiva per i bambini con trauma relazionale.

Esempio di dissociazione e caso clinico

Un esempio di approccio terapeutico con una bambina adottata con sintomi dissociativi

Jade (adattato da Vinke A. 2020)

Jade ha 8 anni quando entra in terapia. È nata in Cina ed è stata adottata all'età di 2 anni e 3 mesi. Si sa poco del periodo precedente l'adozione. L'orfanotrofio in cui si trovava è un buon orfanotrofio. Sembra che abbia dei ricordi di tutti i bambini piccoli presenti. Ha un disturbo dell'apprendimento e per questo è seguita a scuola da un'insegnante di sostegno. È insicura, ha bisogno di continue conferme da parte della madre ed è ansiosa quando le si chiede di fare cose nuove. È piccola fisicamente, ha poco contatto visivo, parla velocemente, è in uno stato di allerta generale.

Durante le prime sedute le bambole catturano la sua attenzione. Tutte le bambole, tutti i bambini, devono essere accuditi, alcuni sono buoni, altri cattivi. Durante il processo terapeutico diventa evidente che le bambole sono parti di Jade e che lei deve prendersene cura. Così durante le sedute giochiamo con le bambole e a volte con la casa delle bambole. Io e la madre lavoriamo insieme, ricucendo le storie delle bambole alla sua storia di vita, dando un nome a ciò che accade nel suo corpo e cercando le risorse. Accettiamo ciò che arriva e facciamo spazio empaticamente a ciò. Poi, gradualmente, nominando i bisogni di ogni bambino (parte) e nutrendoli, il numero di bambini si riduce. Essi vengono integrati nel suo mondo interiore. Un momento importante è quello in cui Jade e la sua famiglia si recano in Cina, dove visitano il suo orfanotrofio. Dopo questo viaggio Jade porta i bambini solo di tanto in tanto e mi dice che sono cresciuti e non sono più presenti. Dopo due anni interrompiamo la terapia, ma continuiamo ad avere un contatto terapeutico in cui ci incontriamo da due a quattro volte l'anno e in queste sessioni lavoriamo sulle cose della vita attuale che lei trova ancora difficili, come il contatto visivo o la definizione dei limiti e la decisione di andare per la sua strada. Ora ha un contatto visivo migliore e sembra più rilassata. È davvero cresciuta ed è una giovane donna adorabile, vulnerabile a causa del suo background e del suo quoziente intellettivo, ma non più frammentata come quando è arrivata e può davvero relazionarsi sia con il suo corpo che con la sua storia.

Questo è caso è un interessante esempio di come con i bambini sia utile utilizzare il gioco, e in questo caso le bambole, per cercare di far comunicare e integrare le diverse parti di una persona che ha un Sé frammentato. Il gioco rende più leggero il lavoro terapeutico per i bambini e, a volte, l'utilizzo di creatività, teatralità e immaginazione è molto più potente della narrazione.

Un esempio di dissociazione in età evolutiva

Kaitlyn (adattato da Waters 2016 *"Healing the Fractured Child Diagnosis and Treatment of Youth With Dissociation"*)

Un esempio di come la dissociazione può manifestarsi in un bambino può essere trovato nel caso di Kaitlyn, una bambina di 5 anni abusata dal fratellastro, Charlie. Kaitlyn ha descritto in modo eloquente la dissociazione riferendosi a uno stato di sé violento interiorizzato che ha chiamato "Charlie". Kaitlyn ha scelto un burattino di un alieno per rappresentare la voce di Charlie nella sua testa. Infila la manina nel burattino ed esclama: "È tutta colpa di Charlie!" Ho fatto un cenno con un burattino di paguro chiedendo: "Cosa vuoi dire che è tutta colpa di Charlie?" Colpisce la testa del burattino alieno con la mano libera e dice: "Ciò significa che Charlie mi fa fare cose cattive". Le ho chiesto che tipo di cose cattive le avesse fatto fare. Kaitlyn sembrava un po' perplessa e ha risposto: "Non ricordo". Ho risposto: "Sai che ti fa fare cose cattive, ma non ricordi?" Lei annuì con la testa e aggiunse: "Ma so una cosa, lui diventa più forte, più forte e più forte, e poi si spinge fuori!" mentre alzava la testa verso l'alto. Ho riflettuto sulle sue parole: "Ti fa fare cose cattive e se ne va. Cosa succede dopo?" Mi ha guardato, meditando un momento e poi ha detto: "*Diventa sempre più forte e poi la mia mente se ne va ed è nella mia mente!*" Ho risposto: "Diventa sempre più forte e poi la tua mente se ne va e lui è nella tua mente. Cosa succede allora?" Lei si strinse nelle spalle, di nuovo con aria perplessa, e rispose: "Non lo so".

Kaitlyn ha rivelato innocentemente e tuttavia in modo toccante com'è la dissociazione. Ha raccontato come Charlie dirotta la sua mente mentre "diventa sempre più forte" e poi non sapeva cosa fosse successo dopo. È stato confuso e spaventoso per Kaitlyn essere tormentato da una voce minacciosa e persistente che le diceva di fare cose cattive, per le quali non ha alcun controllo e nessuna memoria una volta che "lui spinge fuori".

Anche in questo caso, l'utilizzo di strumenti esterni come pupazzi o marionette può essere estremamente utile nel far esprimere e raccontare eventi estremamente negativi come un abuso. Il farlo raccontare a qualcun altro diventa più facile, è come se non fosse accaduto a me ma a lui/lei. La continuità poi dell'utilizzo delle bambole in terapia può essere una risorsa fondamentale per poter affrontare con il piccolo paziente tutto ciò che avviene nel suo mondo interiore ed elaborarlo insieme per dare una coerenza e una congruità alle esperienze, ai pensieri e alle emozioni.

Discussione e conclusioni

Quando abbiamo a che fare con l'età evolutiva e nello specifico con bambini che sono stati adottati, l'approccio psicoterapeutico dovrebbe essere ancora di più calibrato sul singolo soggetto e sul sistema familiare. Molti di questi bambini adottati non hanno informazioni riguardo la loro famiglia di origine e non sanno le motivazioni che hanno spinto i loro genitori biologici a lasciarli per un'altra famiglia. Se questo da un lato è ovviamente un fattore fondamentale per il benessere del bambino poiché non viene trascurato o abbandonato ma viene accudito da un'altra famiglia, dall'altro crea delle fratture importanti nella coerenza del senso del Sé del bambino. Questo si nota soprattutto nei bambini che hanno vissuto periodi di vita in istituzioni o in orfanotrofi e hanno esperito situazioni di abuso e trascuratezza fisica ed emotiva.

Quando ci avviciniamo a questi bambini, quindi, abbiamo di fronte a noi dei bambini con tante piccole parti frammentate che hanno bisogno di essere integrate tra loro in modo funzionale, parti che devono essere ricucite per creare una storia di vita il più coerente possibile, anche se dolorosa. Questo ci aiuta a formare piano piano un'identità più unita, strutturata, coerente e funzionale.

Sicuramente uno dei primi passi a livello terapeutico è quello di creare un contenitore di empatia, pazienza, accoglienza e gioco, sia con il bambino che con i genitori ed eventuali fratelli. Dopodiché, si possono applicare le teorie e le tecniche sopra descritte, andando a lavorare sia sui sintomi che sulla storia e l'individualità del bambino perché spesso queste persone trovano il proprio stile di sopravvivenza organizzando in modo disregolato e a volte dissociato le esperienze vissute e, nel farlo, spesso devono smettere di essere in contatto con alcune parti di sé, un modo che rende difficile il funzionamento a scuola e nella società.

Quando non è presente un adulto attento e prevedibile a disposizione che aiuta i bambini a dare un senso al mondo e a se stessi, in concomitanza anche con esperienze traumatiche, si possono sviluppare disturbi traumatici o dissociazione e quello che può fare il terapeuta, insieme al genitore, è fornire un modello di riferimento più funzionale, in modo tale che il bambino possa ricreare se stesso.

Bibliografia

- Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Apr;17(3):127-32. doi: 10.1007/s00787-007-0646-8. PMID: 17846813
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), American Psychiatric Association, Washington, DC (2013)
- Barroso, R., Barbosa-Ducharne, M., Coelho, V. et al. Psychological Adjustment in Intercountry and Domestic Adopted Adolescents: A Systematic Review. *Child Adolesc Soc Work J* 34, 399–418 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0485-x>
- Baylin, J., & Hughes, D. A. (2016). *The neurobiology of attachment-focused therapy: enhancing connection & trust in the treatment of children & adolescents* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
- Behle, A. E., & Pinquart, M. (2016). Psychiatric disorders and treatment in adoptees: A meta-analytic comparison with non-adoptees. *Adoption Quarterly*, 19(4), 284–306. <https://doi.org/10.1080/10926755.2016.1201708>
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Casswell, G., Golding, K. S., Grant, E., Hudson, J., & Tower, P. (2014). Dyadic developmental practice (DDP): A framework for therapeutic intervention and parenting. *The Child and Family Clinical Psychology Review*, 2, 19-27.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.

- Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull.* 2012;138(5):505-588. doi: 10.1037/a0028224
- Dekker, M. C., Tieman, W., Vinke, A. G., van der Ende, J., Verhulst, F. C., & Juffer, F. (2017). Mental health problems of Dutch young adult domestic adoptees compared to non-adopted peers and international adoptees. *International Social Work, 60*(5), 1201–1217. <https://doi.org/10.1177/0020872816651699>
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. WW Norton & Company.
- Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2014;43(4):527-51. doi: 10.1080/15374416.2013.850700. Epub 2013 Nov 18. PMID: 24245813; PMCID: PMC4025987.
- Fernandez, E L., Unravelling Emotional, Behavioural and Educational Outcomes in a Longitudinal Study of Children in Foster-Care (October 2008). *British Journal of Social Work, Vol. 38, Issue 7, pp. 1283-1301, 2008,*
- Fisher, S. F. (2014). *Neurofeedback in the treatment of developmental trauma: Calming the fear-driven brain*. W W Norton & Co.
- Fong, R., & McRoy, R. (Eds.). (2016). *Transracial and Intercountry Adoptions: Cultural Guidance for Professionals*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/fong17254>
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Grasso, D. J. (2018). Toward an empirically based developmental trauma disorder diagnosis for children: Factor structure, item characteristics, reliability, and validity of the developmental trauma disorder semi-structured interview. *The Journal of clinical psychiatry, 79*(5), 4337.
- Gindis, B. (2019). *Child Development Mediated by Trauma: The Dark Side of International Adoption*. Routledge.
- Jovasevic, V., Corcoran, K. A., Leaderbrand, K., Yamawaki, N., Guedea, A. L., Chen, H. J., ... & Radulovic, J. (2015). GABAergic mechanisms regulated by miR-33 encode state-dependent fear. *Nature neuroscience, 18*(9), 1265-1271.
- Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families., *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2005, vol. 46 (pg. 263-274)*
- Lee RM *The transracial adoption paradox: history, research, and counseling implications of cultural socialization*. *Couns Psychol, 31* (2003), pp. 711-744
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 5*(4), 196-204.
- Loewenstein RJ (2018) Dissociation debates: everything you know is wrong, *Dialogues in Clinical Neuroscience, 20*:3, 229-242, DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
- Mahoney D & Markel B (2016) An Integrative Approach to Conceptualizing and Treating Complex Trauma, *Psychoanalytic Social Work, 23*:1, 1-22, DOI: [10.1080/15228878.2015.1104640](https://doi.org/10.1080/15228878.2015.1104640)
- Niemann S, Weiss S. Attachment Behavior of Children Adopted Internationally at Six Months Post Adoption. *Adopt Q. 2011;14*(4):246-267. doi: 10.1080/10926755.2011.628262. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22468118; PMCID: PMC3314306.
- O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, the English and Romanian Adoption Study Team Child-parent attachment following early institutional deprivation., *Development and Psychopathology, 2003, vol. 15 (pg. 19-38)*
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). *Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory*. *Traumatology, 6*(3), 149-173.
- Ogden, P., Goldstein, B., & Fisher, J. (2013). *Brain-to-brain, body-to-body: A sensorimotor psychotherapy perspective on the treatment of children and adolescents. Current applications: Working with young persons who are victims and perpetrators of sexual abuse, 229-258.*
- Omejc N, Rojc B, Battaglini PP, Marusic U. Review of the therapeutic neurofeedback method using electroencephalography: EEG Neurofeedback. *Bosn J Basic Med Sci. 2019 Aug 20;19*(3):213-220. doi: 10.17305/bjbm.2018.3785. PMID: 30465705; PMCID: PMC6716090.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology, 42*(2), 123-146.

- Porges, S. W., & Dana, D. (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
- Rahim M. Developmental trauma disorder: An attachment-based perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2014;19(4):548-560. doi:10.1177/1359104514534947
- Rogel A, Loomis AM, Hamlin E, Hodgdon H, Spinazzola J, van der Kolk B. The impact of neurofeedback training on children with developmental trauma: A randomized controlled study. *Psychol Trauma*. 2020 Nov;12(8):918-929. doi: 10.1037/tra0000648. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32658503.
- Saakvitne KW Ph.D. (2000) Some Thoughts About Dissociative. Identity Disorder as a Disorder of Attachment, *Psychoanalytic Inquiry*, 20:2, 249-258, DOI:10.1080/07351692009348886
- Satir, V., Bitter, J. R., & Krestensen, K. K. (1988). Family reconstruction: The family within—a group experience. *Journal for Specialists in Group Work*, 13(4), 200-208.
- Shapiro F. EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective F. Shapiro, F.W. Kaslow, L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes*, John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ (2007), pp. 3-34
- Siegel D. *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. W.W. Norton & Company, New York (2010)
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernandez R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(12):E17–45. doi: 10.1002/da.20923.
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 631-642.
- Ter Meulen, G., Smeets, D., & Juffer, F. (2019). The relation between adult adoptees' feelings about relinquishment, adoption and satisfaction with life. *Adoption & Fostering*, 43(2), 192–209. <https://doi.org/10.1177/0308575919841754>
- Terradas, M.M., Poulin-Latulippe, D., Paradis, D., & Didier, O. (2020). Impact of early relational trauma on children's mentalizing capacity and play: A clinical illustration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 100160.
- Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K., & Fonagy, P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80, 60–79.
- Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and youth services review*, 31(3), 410-421.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript.
- Vinke, A. J. G. (2020). Intercountry adoption, trauma and dissociation: Combining interventions to enhance integration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 100169.
- Waters, F. S., & DCSW, L. (2016). *Healing the fractured child: Diagnosis and treatment of youth with dissociation*. Springer Publishing Company.
- Waters, F. S., & Silberg, J. L. (1998). Promoting integration in dissociative children. *The dissociative child: Diagnosis, treatment, and management*, 167-190.

Giulia Natalucci Psicologa, Roma
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Rainone e Isola
e-mail: natalucci.giulia@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it